

## Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj

### *Four Public Health Problems in Elderly Health Care in Croatia*

**Goran Perko, Spomenka Tomek-Roksandić, Diana Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Branimir Tomić, Josip Čulig**

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba – Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi  
10000 Zagreb, Mirogojska c. 16

**Sažetak** Republika Hrvatska nalazi se u skupini zemalja koje se suočavaju sa značajnim porastom broja starijih osoba. Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju na izrazitu pojavu četiri glavna gerontološka javnozdravstvena problema u starijih ljudi: nepokretnost koja se pojavljuje kao gerijatrijsko-imobilizacijski sindrom u starijih osoba, slijedi nestabilnost, zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih, zatim nesamostalnost sa sve većim udjelom demencija i Alzheimerove bolesti u najstarijih starijih osoba te visoki udio prisutnoga nekontroliranog mokrenja, odnosno inkontinencije u gerijatrijskih bolesnika. Primjenom primjerenoga Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije fokusiranog na čimbenike koji dovode do bolesnoga starenja, moguće je u značajnoj mjeri prevenirati vodeće gerontološke javnozdravstvene probleme. Ovo dokazuje i činjenica kako se u razvijenim zemljama svijeta, gdje se posljednjih desetljeća djelovalo na čimbenike bolesnog starenja, implikacijski unaprijedilo zdravlje i očuvala funkcionalna sposobnost i u dubokoj starosti.

**Ključne riječi:** starija osoba, gerijatrijski bolesnik, nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost, inkontinencija, prevencija

**Summary** Croatia is one of the countries that are facing a considerable increase in the number of elderly people. Gerontological studies in Croatia show a high prevalence of four gerontological-public health problems in the elderly, i.e. immobility manifested as the geriatric immobility syndrome, instability due to a high rate of injuries and falls, dependence due to an increasing rate of dementia and Alzheimer's disease in the oldest age group, and a high rate of urinary incontinence. Through implementation of an appropriate Programme of Primary, Secondary and Tertiary Prevention, focused on the systematic detection and elimination or modification of risk factors associated with debilitating diseases, the leading gerontological public-health problems in the elderly can be prevented to a considerable extent. This is substantiated by the favourable effects of actions, which have been conducted in developed countries over the last few decades and which have addressed the factors of debilitating aging, on health improvement and preservation of functional ability to the very old age.

**Key words:** elderly people, geriatric patient, immobility, instability, independence, incontinence, prevention

Kao rezultat s jedne strane porasta očekivanoga trajanja života, a s druge strane smanjenog nataliteta, odnosno fertiliteta, došlo je do povećanja udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji Hrvatske. Demografske projekcije za Hrvatsku danas ozbiljno upozoravaju na povećanje udjela osoba starijih od 65 godina s 15,62% popisne 2001., na 27% do 2025. godine, kada će starijih od 65 godina biti gotovo dvostruko više nego djece (1-7). Pritom treba istaknuti kako zdravstvene potrebe starije populacije sadrže specifičnosti zbog kojih se bitno razlikuju od potreba ostalih populacijskih skupina jer, gerijatrijski je bolesnik determiniran specifičnim obilježjima. Stoga

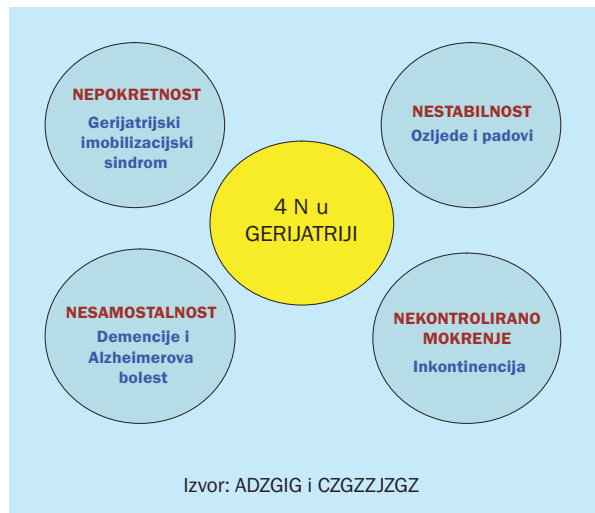
je i znanstveno potvrđen gerontološki integralni obuhvat zaštite zdravlja starijih ljudi koji osigurava sve potrebne mjere i postupke, unapređivanja svih vidova zdravstvene i socijalne skrbi od geroprofilakse, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije (fizičke, psihičke i socijalne) bolesnih i funkcionalno onesposobljenih starijih ljudi (1-8).

Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju da se starenjem povećava djelovanje različitih čimbenika rizika za nastanak mnogih bolesti u starijih ljudi, a koje najčešće imaju za posljedicu četiri glavna gerontološka javnozdravstvena problema u starijih ljudi ("4 N" u gerijatriji) (1-5, 8-14). Tako

danas zbog pojave navedenih čimbenika već svaka peta starija osoba iskazuje objektivno utvrđenu zdravstvenu potrebu za gerijatrijskom njegom i rehabilitacijom (2, 5).

## Četiri “N” u gerijatrijskih bolesnika - nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje

Višestruki gerijatrijski morbiditet, odnosno istovremena prisutnost vodeće glavne dijagnoze uz prateće bolesti, neminovno dovodi u starijeg bolesnika do funkcionalne onesposobljenosti (1-5, 8-13). Ovo se odražava u istovremenom pojavljivanju gerijatrijskog sindroma, tzv. “4 N” u gerijatriji, a koji se odnosi na pojavnost “**nepokretnosti**”, kao gerijatrijskoga imobilizacijskog sindroma, slijedi “**nestabilnost**”, zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih, zatim “**nesamostalnost**”, zbog udjela demencija i Alzheimerove bolesti te “**nekontrolirano mokrenje**”, odnosno “**inkontinencija**” u gerijatrijskih bolesnika, kao što je vidljivo iz slike 1. Navedeni definirani zdravstveni problemi, kao i pojavnost **gerijatrijskog “domino efekta”**, posljedično se odražavaju u funkcionalnoj onesposobljenosti gerijatrijskog bolesnika (1-5, 13-22).



Slika 1. Fokusirana četiri gerontološka javnozdravstvena problema u gerijatrijskog bolesnika

Prioritetni gerontološki javnozdravstveni problemi zahtijevaju adekvatno praćenje i proučavanje po vođenom Registru zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba te evaluaciju po zadovoljenju ovih utvrđenih zdravstvenih potreba u odnosu na pojavnost „4 N” u gerijatrijskih bolesnika (1-5). Budući da je riječ o velikom udjelu preventabilnih gerontoloških javnozdravstvenih problema, nužna je primjena primjerenog Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za navedene

vodeće gerontološke javnozdravstvene probleme. Primjenom **Osnovnog obuhvata preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude** (tablica 1) omogućuje se sprečavanje nastanka rizičnih čimbenika koji dovode do bolesnoga starenja, a samim time i do očuvanja funkcionalne sposobnosti te unapređivanja zdravlja i u starijoj dobi (23-25).

## Osnovna funkcija gerontoloških centara

Gerontološki centri jesu multifunkcijska središta neposredne i integralne multidisciplinarne izvaninstitucijske skrbi starijih ljudi u lokalnoj zajednici, gdje isti žive i stvaraju. Osnovni cilj djelovanja ovih centara jest zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće u njegovu prebivalištu uz obitelj. U gerontološkim centrima provode se programi preventivnih pregleda primarne prevencije za starije – trajne tjelesne, psihičke i okupacijsko-rekreacijske radne aktivnosti za starije, fizikalne terapije, zdravstveno, psihološko i pravno savjetovanje, dnevni boravak, njega i pomoć u kući te dostava obroka, posudionice ortopedskih pomagala i razne usluge gerontoservisa (2, 3).

## Nepokretnost i nesamostalnost starijih korisnika gerontoloških centara

Rezultati gerontološke javnozdravstvene analize podataka iz Podregistra Gerontoloških centara po županijama Hrvatske i Grada Zagreba za 2005. godinu, dobiveni putem Evidencijske liste 4. - za praćenje zdravstveno-socijalnih potreba starijih korisnika, ukazuju kako su stariji korisnici Gerontoloških centara Trešnjevka, Sveta Ana i Medveščak iz Zagreba i Alfredo Štiglić iz Pule, uglavnom potpuno pokretni (49,18%) dok ograničeno pokretnih starijih korisnika ima 28,02%, a trajno ograničeno pokretnih 18,41%. Trajno nepokretnih korisnika je 2,47% (slika 2).

Analizom po pojedinim gerontološkim centrima uočava se kako u Gerontološkom centru Medveščak u ukupno 102 starija korisnika, 40,20% njih je ograničeno pokretno, 12,75% ih je trajno ograničeno pokretno, a 0,98% je trajno nepokretno. U Gerontološkom centru Trešnjevka, 8,57% korisnika je ograničeno pokretno u ukupno 35 evidentiranih korisnika. U 120 korisnika u Gerontološkom centru Sveta Ana, njih 19,17% je ograničeno pokretno, 27,50% ih je trajno ograničeno pokretno, a 3,33% je trajno nepokretno. U Gerontološkom centru Alfredo Štiglić, od ukupno 107 evidentiranih starijih korisnika, 32,71% je ograničeno pokretnih, 19,63% trajno ograničeno pokretnih, dok je trajno nepokretnih 3,74%.

Rezultati gerontološkog istraživanja provedeni u starijih korisnika navedenih gerontoloških centara u 2005. godini, fokusirani na njihovu samostalnost, potvrđuju kako su isti uglavnom sasvim samostalni (65,12%); ograničeno samostalnih je 20,05%, dok je 11,26% starijih korisnika trajno nesamostalno (slika 3). U odnosu na pojedinačnu analizu, u Gerontološkom centru Medveščak 32,36% korisnika je ograničeno samostalno, a 5,88% trajno nesamostalno. U korisnika u Gerontološkom centru Alfredo Štiglić 22,43% je ograničeno samostalno, a trajno nesamostalnih ima 27,10%.

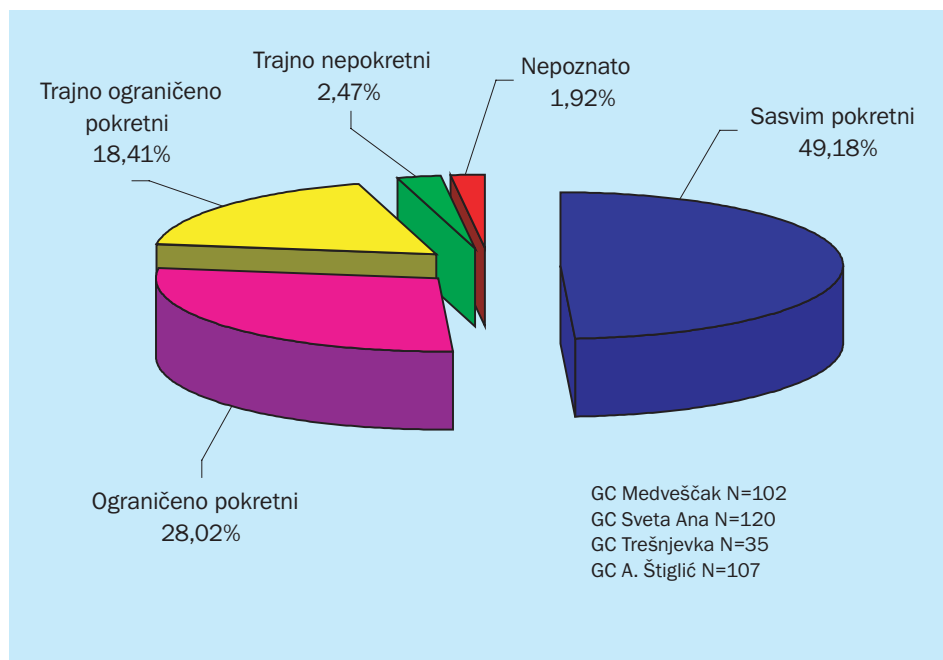
Tablica 1. Osnovni obuhvat preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude

Preventivna zdravstvena mjera (po definiranoj stručnomedicinskoj uputi)	Dobne skupine			
	50-64	65-74	75-84	85+
Mjerenje krvnog tlaka				
Palpacija periferne cirkulacije				
Određivanje indeksa tjelesne mase				
Određivanje opsega trbuha				
Ocjena negativnoga zdravstvenog ponašanja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manjak osobne i higijene okoliša</li> <li>• fizička i psihička neaktivnost</li> <li>• nepravilna prehrana</li> <li>• debljina</li> <li>• alkoholizam, pušenje</li> <li>• nepridržavanje uputa liječnika</li> <li>• pijenje crne kave &gt; 2 šalice kave/dan</li> <li>• neizlaganje umjerenoj sunčevoj svjetlosti</li> </ul>				
Procjena funkcionalne sposobnosti <ul style="list-style-type: none"> <li>• fizički status (pokretnost)</li> <li>• psihički status (samostalnost)</li> </ul>				
GUK				
Procjena vitaminsko-mineralnog statusa				
Test okultnoga/prikrivenog krvarenja				
Određivanje ukupnoga kolesterola u serumu				
Procjena vidne i slušne funkcije				
Digitorektalni pregled i test krvi na PSA	M	M	M	M
Smetnje mokrenja				
Sanacija zubi i zubala				
RTG pluća				
Mamografija, UZV dojke	Ž	Ž		
Denzitometrija kosti i status mišićno-koštanog sustava	Ž	Ž		
Cijepljenje protiv gripe*				
Cijepljenje protiv pneumokokne pneumonije**				
Cijepljenje protiv tetanusa***				
Preventivne mjere koje se provode jednom u godini dana u definiranoj starosnoj dobi				

\* Cijepljenje protiv gripe provodi se svake godine.

\*\* Po indikaciji liječnika opće/obiteljske medicine, a za korisnike stacionara domova za starije i nemoćne te za bolesnike u gerijatrijskim bolnicama je obvezno.

\*\*\* Cijepljenje protiv tetanusa osoba s navršenih 60 godina. Cijepljenje se obavlja s tri doze cjepiva; prve dvije doze daju se u razmaku od mjesec dana, a treća doza 11 mjeseci od druge doze.

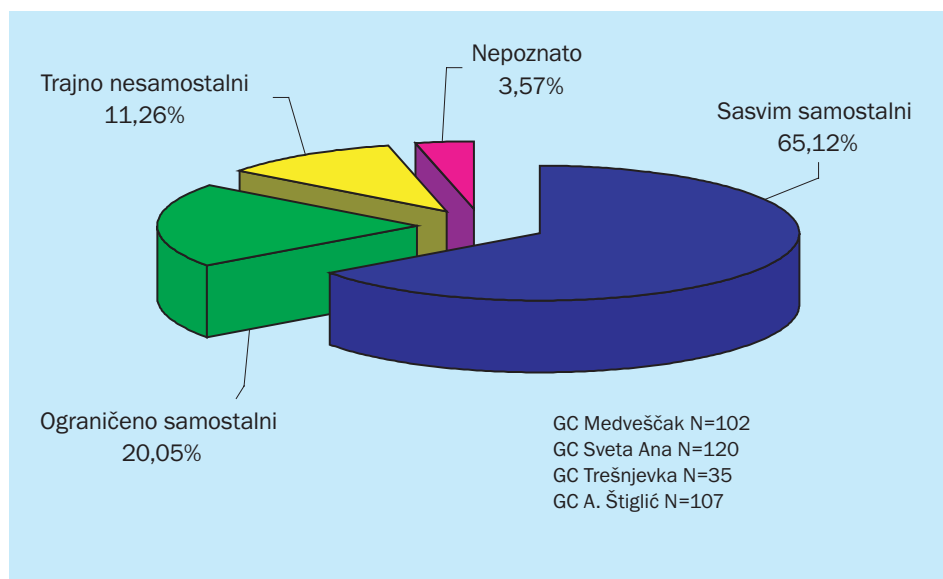


Slika 2. Odabir strukture pokretljivosti starijih korisnika gerontoloških centara Medveščak, Sveta Ana, Trešnjevka iz Zagreba te A. Štiglic iz Pule (N=364, 2005. godine)

Izvor: Evid. lista br. 4 i CZG ZZJZGZ

Legenda:

GC=gerontološki centar



Slika 3. Struktura samostalnosti starijih korisnika gerontoloških centara Medveščak, Sveta Ana, Trešnjevka iz Zagreba te A. Štiglic iz Pule (N=364, 2005. godine)

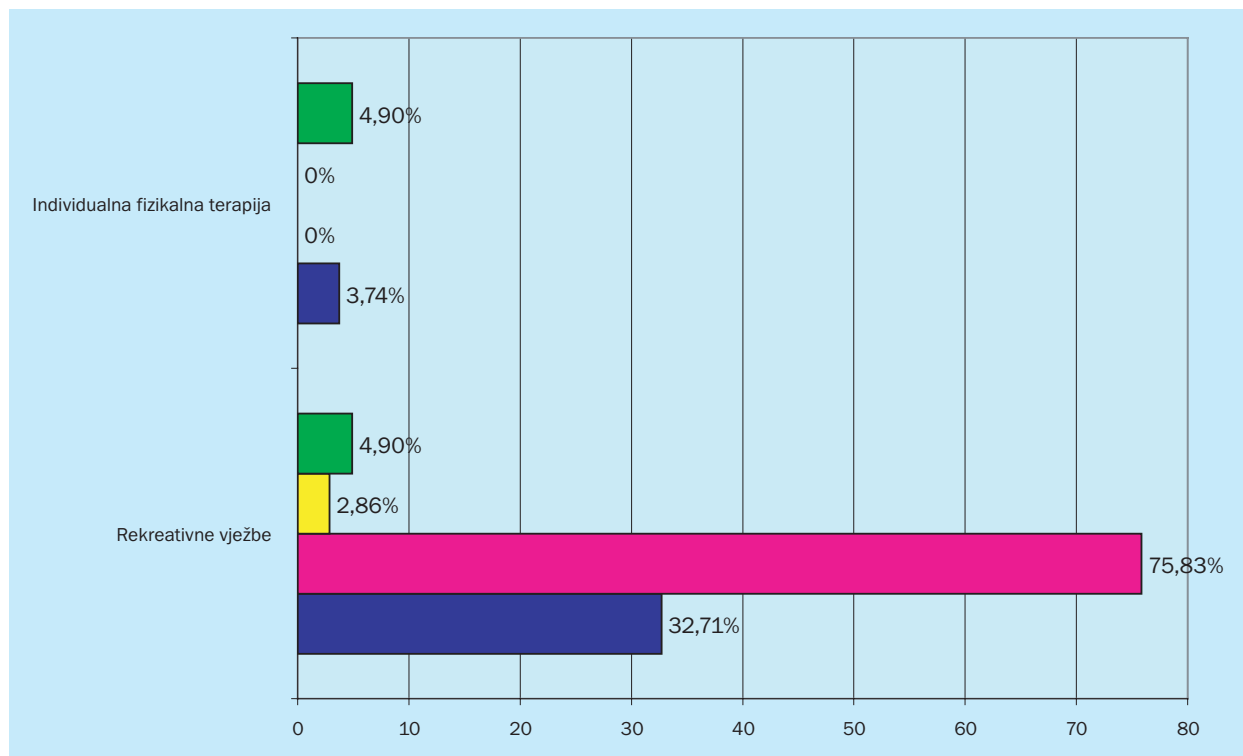
Izvor: Evid. lista br. 4 i CZG ZZJZGZ

Legenda:

GC=gerontološki centar

Slika 4 pokazuje rezultate dobivene gerontološkim istraživanjem vezane uz provođenje rekreacijskih vježbi i individualne fizikalne terapije u odabranim Gerontološkim centrima Medveščak, Trešnjevka, Sveta Ana i Alfredo Štiglic u 2005. godini. U Gerontološkom centru Medveščak, 4,90% korisnika provodi individualnu fizikalnu terapiju te jednaki udio njih (4,90%) provodi rekreacijske vježbe. U Gerontološkom centru Trešnjevka, 2,86% istih provodi rekreacijske vježbe. U korisnika u Gerontološkom centru Sveta Ana značajan je udio korisnika (75,83%) koji provode rekreacijske vježbe. U Gerontološkom centru Alfredo Štiglic, 3,74% korisnika provodi individualnu fizikalnu terapiju, a 32,71% ih se rekreira.

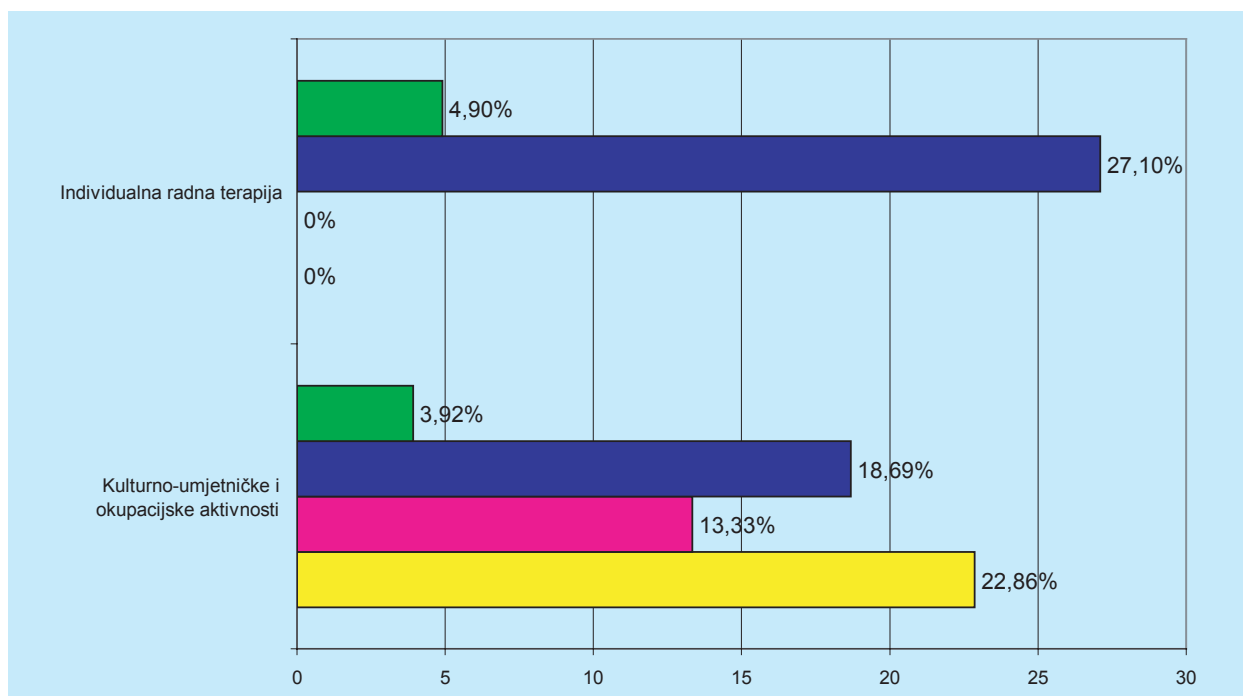
Rezultati istraživanja usmjerenih na provođenje kulturno-umjetničkih i okupacijskih aktivnosti te individualne radne terapije u korisnika u odabranim Gerontološkim centrima prikazani su na slici 5. U korisnika u Gerontološkom centru Medveščak, 4,90% korisnika provodi individualnu radnu terapiju, dok njih 3,92% provodi kulturno-umjetničke i okupacijske aktivnosti. U Gerontološkom centru Alfredo Štiglic udio od 27,10% njih provodi individualnu radnu terapiju, dok ih 18,69% provodi kulturno-umjetničke i okupacijske aktivnosti. 13,33% korisnika Gerontološkog centra Sveta Ana provodi kulturno umjetničke i okupacijske aktivnosti, dok u Gerontološkom centru Trešnjevka 22,86% korisnika provodi navedene vrste aktivnosti.



Slika 4. Provođenje rekreativnih vježba i individualne fizikalne terapije u starijih korisnika u odabranim gerontološkim centrima u 2005. godini (N=364)

Izvor: CZG ZZJZGZ

■ Medveščak N=102  
 ■ Trešnjevka N=35  
 ■ Sveta Ana N=120  
 ■ A. Štiglic N=107



Slika 5. Provođenje kulturno-umjetničkih i okupacijskih aktivnosti te individualne radne terapije u starijih korisnika u odabranim gerontološkim centrima u 2005. godini (N=364)

Izvor: CZG ZZJZGZ

■ Medveščak N=102  
 ■ Trešnjevka N=35  
 ■ Sveta Ana N=120  
 ■ A. Štiglic N=107

## Pokretljivost i samostalnost starijih osiguranika u stacionarima domova za starije

Na osnovi analize gerontoloških podataka iz Evidencijske liste br. 1. PZP-a (praćenje zdravstvenih potreba) starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe, dobiveni su između ostalog i rezultati o pokretnosti i samostalnosti starijih osiguranika u uzorku domova za starije po regijama Hrvatske.

Analizom su dobiveni gerontološki rezultati koji ukazuju na najveći udio trajno nepokretnih (30,81%) u domovima za starije i nemoćne osobe Ilok, Osijek, Vinkovci, Vukovar i Beli Manastir, dok je trajno ograničeno pokretnih s udjelom od 21,97%, ograničeno pokretnih s udjelom od 21,46%, a sasvim pokretnih 25,00%. U domovima za starije i nemoćne osobe Udbina, Vela Luka i Dubrovnik, najveći je udio sasvim pokretnih – od 33,74%, ograničeno pokretnih 26,44%, trajno ograničeno pokretnih 19,45%, dok je trajno nepokretnih 19,15%. Najmanji udio trajno nepokretnih ima u domovima Grada Zagreba: Ksaver, Peščenica, Trnje, Caritas i Lobar Grad – 11,94%, trajno ograničeno pokretnih 20,78%, ograničeno pokretnih 28,24% te je ujedno i najveći udio sasvim pokretnih od 37,89%, što je vidljivo iz slike 6.

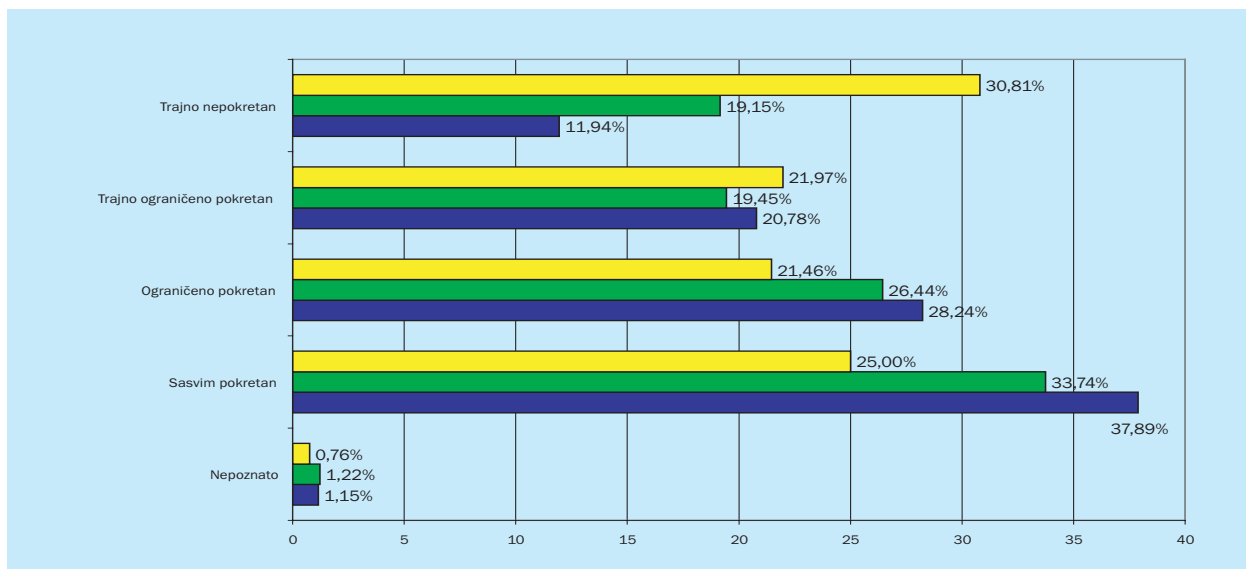
Rezultati provedenoga gerontološkog istraživanja, fokusirani na samostalnost osiguranika smještenih na stacionarima odabranih domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj 2004. godine, ukazuju da u domovima za starije i nemoćne osobe Ilok, Vukovar, Vinkovci, Beli Manastir i Osijek, 41,92% osiguranika je sasvim

samostalno, 33,59% ih je ograničeno samostalno, dok je 19,44% trajno nesamostalnih. U domovima za starije i nemoćne osobe Udbina, Vela Luka i Dubrovnik, 42,25% je sasvim samostalno, 30,70% ograničeno samostalno te je 21,88% trajno nesamostalno. U domovima za starije i nemoćne osobe Ksaver, Lobar Grad, Peščenica, Trnje i Caritas imaju najmanji udio sasvim samostalnih (14,12%) te najveći udio ograničeno samostalnih (46,84%) i trajno nesamostalnih – 37,31%, što je vidljivo iz slike 7.

## Nekontrolirano mokrenje u starijih osoba

Inkontinencija predstavlja izbježiv, ali i značajnim dijelom izlječiv zdravstveni problem. No unatoč tome, inkontinencija još uvijek ostaje tabu tema; vrlo je često neprepoznata jer je bolesnici rijetko prijavljuju svom liječniku obiteljske medicine. Međutim, problem inkontinencije osobito je važno prepoznati i liječiti u ranijoj dobi zbog njezinih negativnih učinaka na opće zdravlje te na svakodnevni život starije osobe s inkontinencijom, kao i njezine obitelji (26, 27).

Gerontološki javnozdravstveni pokazatelji za Hrvatsku ukazuju kako je 50 do 70% korisnika stacionara domova za starije i nemoćne inkontinentno (1-5). U sklopu proučavanja gerontološko javnozdravstvenih definiranih obilježja gerijatrijskih bolesnika, dobivenih na osnovu Evidencijske liste br. 1 PZP-a (NN 82/02, NN 105/03, NN 28/05, NN 58/05), starijih korisnika specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe u 2003. godini, analizirane su smetnje mokrenja za svaki dom pojedinačno i zbirno. Odabirom iz Registra za praćenje zdravstvenih potreba za institucijskom i izvaninstitucijskom skrbi starijih ljudi, analizirani su ovi Domovi za starije



Slika 6. Pokretljivost u starijih korisnika u odabranim domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, 2004. godine

Izvor: Evid. lista br. 1 - CZG ZZJZGZ

■ Domovi: Ilok, Osijek, Vinkovci, Vukovar, Beli Manastir N=396  
 ■ Domovi: Udbina, Vela Luka, Dubrovnik N=329  
 ■ Domovi: Ksaver, Peščenica, Trnje, Caritas, Lobar Grad N=871

i nemoćne osobe iz Grada Zagreba: Sveta Ana (SVA1), Medveščak (ME1), Maksimir (MA1), Trnje (TR1) i Caritas (CAR1) te Domovi za starije i nemoćne osobe iz Gospića (GO1), Korčule (KOR1), Osijeka (POS1), Vukovara (VU1), Udbine (UDB1) i Splita (ST1), a koji su šifrirani po internom šifarniku Centra za gerontologiju ZZJZGZ (tablice 2 i 3).

Tako je u Domu za starije i nemoćne osobe ME1 od ukupno 118 korisnika, kod njih čak 79,7% registrirana inkontinencija, dok je u Domu za starije i nemoćne MA1, inkontinentno samo 14,3% starijih korisnika.

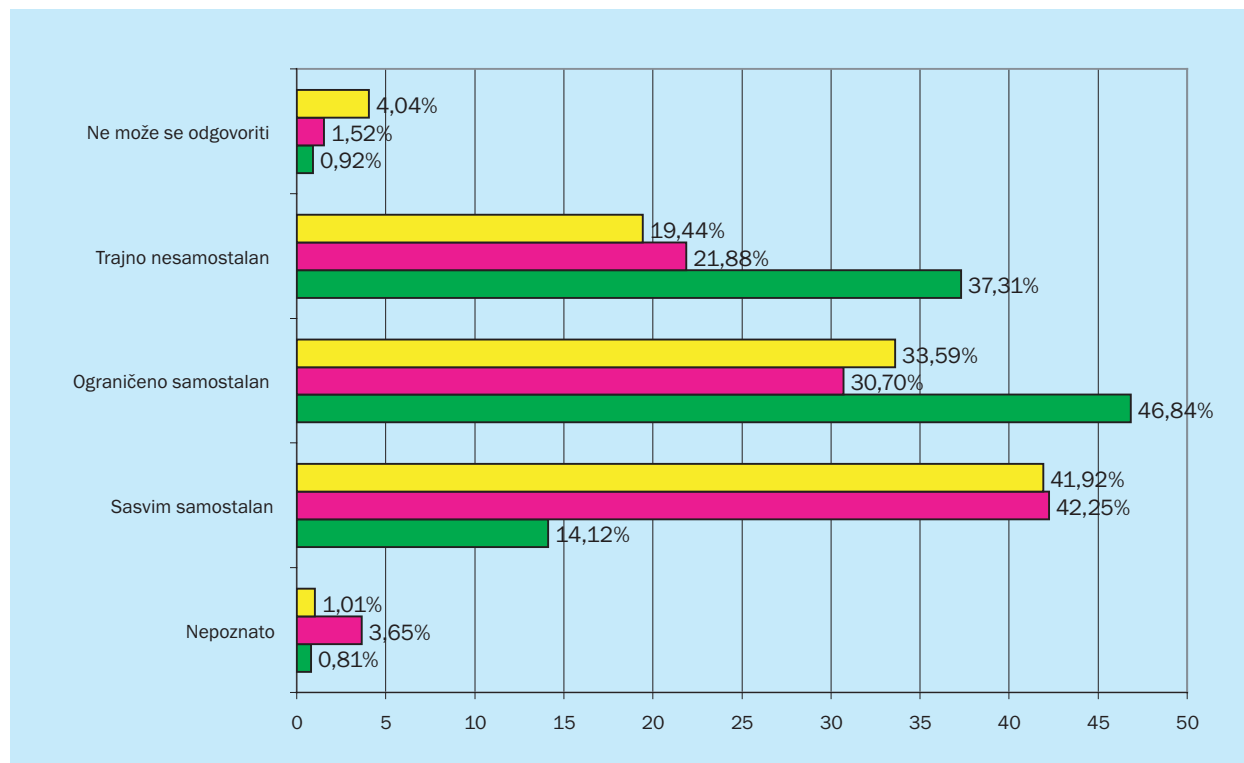
Iz ove analize uočljiva je razlika u udjelu inkontinentnih korisnika Domova u odnosu na one koji nemaju ove smetnje. S obzirom na ovako velik raspon u kojemu se kreću rezultati, možemo zaključiti da je potrebno što više smanjiti broj osoba koje imaju smetnje s mokrenjem u starijoj životnoj dobi. Ovo je realno ostvarivo kroz kontinuiranu primjenu preventivnih mjera, kao i ranim otkrivanjem čimbenika rizika za inkontinenciju te adekvatnim liječenjem i rehabilitacijom.

Promatrajući ostale podatke o smetnjama mokrenja, vidimo u Domu za starije i nemoćne CAR1 da je 63,25% od ukupno 117 korisnika inkontinentno. Analiza smetnji mokrenja korisnika Doma za starije i nemoćne KOR1 ukazuju na 47,6%

inkontinentnih od ukupno 63 starijih korisnika, u Domu za starije i nemoćne VU1 inkontinentno je 50% od ukupno 92 starija korisnika, dok u Domu za starije i nemoćne POS1 analizirani podaci daju potpuno drugačiju distribuciju - od ukupno 39 starijih korisnika, 28,21% ih je inkontinentno, a 46,15% njih nema nikakve smetnje. Jednako tako, u Domu za starije i nemoćne GO1, registrirano je 29,81% starijih s nekontroliranim mokrenjem od ukupno 104 korisnika. Dom za starije UDB1 od ukupno 69 korisnika bilježi 30,43% starijih s inkontinencijom; u Domu za starije i nemoćne ST1 inkontinentno je 32,3% od 124 starija korisnika, a u Domu za starije SVA1 inkontinencija je zastupljena u 36,3% od ukupno 240 korisnika.

S obzirom na ovako značajnu razliku, jasno je da se adekvatnom njegom korisnika, kao i primjenom Programa preventivnih zdravstvenih mjera za inkontinentne starije osiguranike (vježbe protiv inkontinencije, veći broj njegovatelja, izbjegavanje uvođenja urinarnoga katetera ukoliko nije nužno), udio osoba s inkontinencijom može se značajno smanjiti.

**Potrebno je istaknuti važnost što ranijega javljanja osobe s problemom inkontinencije svojem liječniku jer, pravovremenim i pravilnim liječenjem ovaj se problem u mnogim slučajevima može spriječiti ili umanjiti.**



Slika 7. Samostalnost u starijim korisnika u odabranim domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, 2004. godine

Izvor: Evid. lista br. 1 - CZG ZZJZGZ

■ Domovi: Ilok, Osijek, Vinkovci, Vukovar, Beli Manastir N=396  
 ■ Domovi: Udbina, Vela Luka, Dubrovnik N=329  
 ■ Domovi: Ksaver, Peščenica, Trnje, Caritas, Lobar Grad N=871



Tablica 2. Smetnje mokrenja u šest hrvatskih domova za starije i nemoćne osobe 2003. godine

Smetnje mokrenja	Gospić 1	%	Korčula 1	%	Osiijek 1	%	Vukovar 1	%	Udbina 1	%	Split 1	%
Nema smetnje	42	40,38	22	34,92	18	46,15	3	3,26	41	59,42	25	20,16
Smetnje prisutne	21	20,19	9	14,29	9	23,08	12	13,04	6	8,70	51	41,13
Učestalo noćno mokrenje	10	9,62	2	3,17	1	2,56	31	33,70	1	1,45	1	0,81
Inkontinencija	31	29,81	30	47,62	11	28,21	46	50,00	21	30,43	40	32,26
Nepoznato	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	5,65
Ukupno	104	100,00	63	100,00	39	100,00	92	100,00	69	100,00	124	100,00

Izvor: Evidencijska lista br. 1 PZP-a starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te u drugim ustanovama socijalne skrbi – CZG ZZJZGZ

Tablica 3. Smetnje mokrenja u pet zagrebačkih domova za starije i nemoćne osobe 2003. godine

Smetnje mokrenja	Caritas 1	%	Maksimir 1	%	Medveščak 1	%	Trnje 1	%	Sv. Ana 1	%
Nema smetnje	10	8,55	31	40,26	3	2,54	201	52,89	45	18,75
Smetnje prisutne	26	22,22	25	32,47	18	15,25	58	15,26	38	15,83
Učestalo noćno mokrenje	7	5,98	10	12,99	3	2,54	3	0,79	14	5,83
Inkontinencija	74	63,25	11	14,29	94	79,66	118	31,05	87	36,25
Nepoznato	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	56,00	23,33
Ukupno	117	100,00	77	100,00	118	100,00	380	100,00	240	100,00

Izvor: Evidencijska lista br. 1 PZP-a starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te u drugim ustanovama socijalne skrbi – CZG ZZJZGZ

## Demencija u psihogerijatrijskih bolesnika

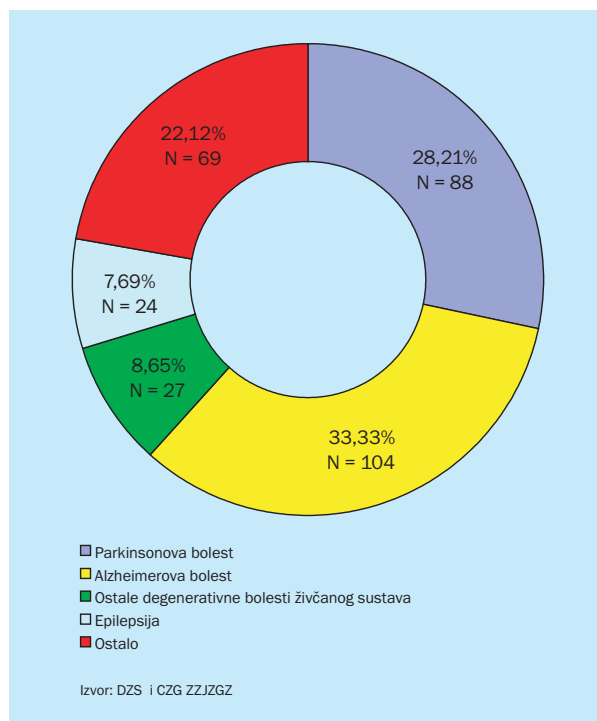
Sindrom demencije ozbiljan je i rastući medicinski, socijalni i ekonomski problem, čiji se rani znakovi u pravilu previde ili se pripisuju normalnoj starosti. Ovo je jedan od najozbiljnijih poremećaja koji pogađa starije ljude jer vodi smanjivanju ili nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti i glavni je uzrok funkcionalne ovisnosti u starijoj populaciji (17). Prevalencija demencije raste ubrzano sa životnom dobi te se podvostručuje svakih 5 godina poslije 60. godine života. Najčešći uzroci sindroma demencije jesu Alzheimerova bolest i vaskularna demencija, koje su zajedno odgovorne za oko 90% slučajeva demencije (17).

Gerontološka analiza mortaliteta gerijatrijskih bolesnika u dobi od 65 i više godina u Hrvatskoj 2003. godine po pojedinim vodećim dijagnozama u skupini bolesti živčanog sustava (G00-G98), ukazuje na značajnu veličinu pojave Alzheimerove bolesti (G30) koja je na prvome mjestu uzroka smrti, s udjelom od 33,33% u ukupno 312 umrlih od skupine bolesti živčanog sustava, sa značajnom spolnom razlikom od 41,53% žena, u ukupno 183 umrlih od promatrane skupine bolesti i 21,70% muškaraca u ukupno 129 umrlih muških neurogerijatrijskih bolesnika (slike 8-10) (28).

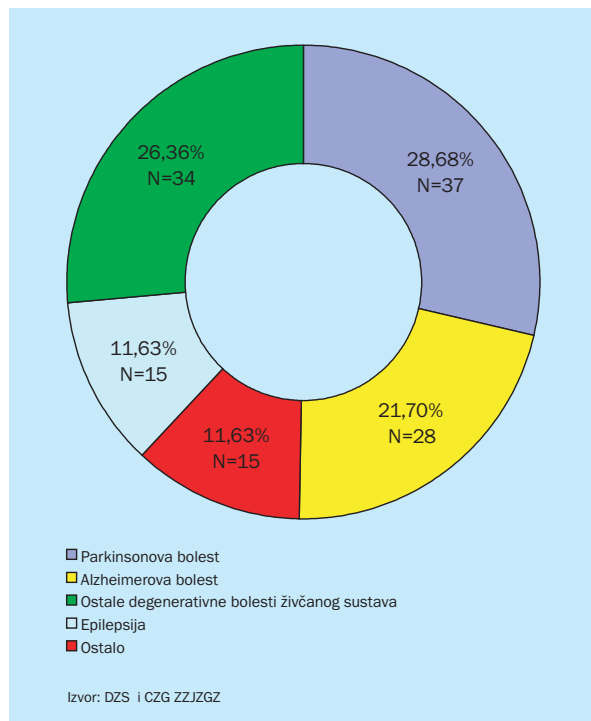
Gerontološko-analitički prikaz strukture hospitalizacija gerijatrijskih bolesnika starijih od 65 godina u skupini vodećih bolesti živčanoga sustava (G20-G62) ukazuje na značajno mjesto dijagnoze Alzheimerove bolesti koja se pojavljuje s udjelom od 6,52% kod ukupno 3.541 hospitalizacija gerijatrijskih bolesnika starijih od 65 godina, od analizirane skupine bolesti (slika 11).

Rezultati analize Evidencijske liste br. 2.2 PZP-a starijeg osiguranika – za praćenje zdravstvenih potreba psihogerijatrijskih bolesnika u psihogerijatriji u 2004. godini, na osnovi usporedbe najučestalijih vodećih uputnih i verificiranih dijagnoza te funkcionalne onesposobljenosti u psihogerijatrijskih bolesnika iz Psihijatrijskih bolnica Rab, Popovača i Vrapče u 2004. godini, vidljiva je zastupljenost najučestalije dijagnoze F05 – delirij koji nije uzrokovan alkoholom, s udjelom od 54,74% u ukupno 95 psihogerijatrijskih bolesnika PB Vrapče, dok je u PB Popovača u ukupno 433 psihogerijatrijske dijagnoze najzastupljenija dijagnoza F07 – poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga (38,57%), a u Psihogerijatriji Rab, s udjelom od 22,64% najzastupljenija je dijagnoza F01 – vaskularna demencija, nakon koje slijedi dijagnoza F00 – demencija kod Alzheimerove bolesti s udjelom od 20,75% od ukupno 53 psihogerijatrijska bolesnika.

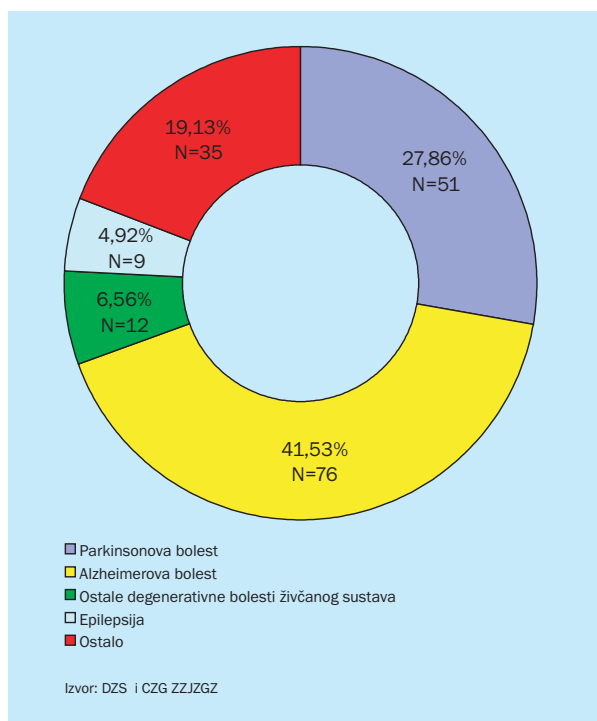




Slika 8. Vodeći uzroci smrti umrlih osoba starijih od 65 godina u skupini bolesti živčanog sustava u Hrvatskoj (2003. godina, G00-G98, N=312)



Slika 10. Vodeći uzroci smrti umrlih muškaraca starijih od 65 godina u skupini bolesti živčanog sustava u Hrvatskoj (2003. godina, G00-G98, N=129)



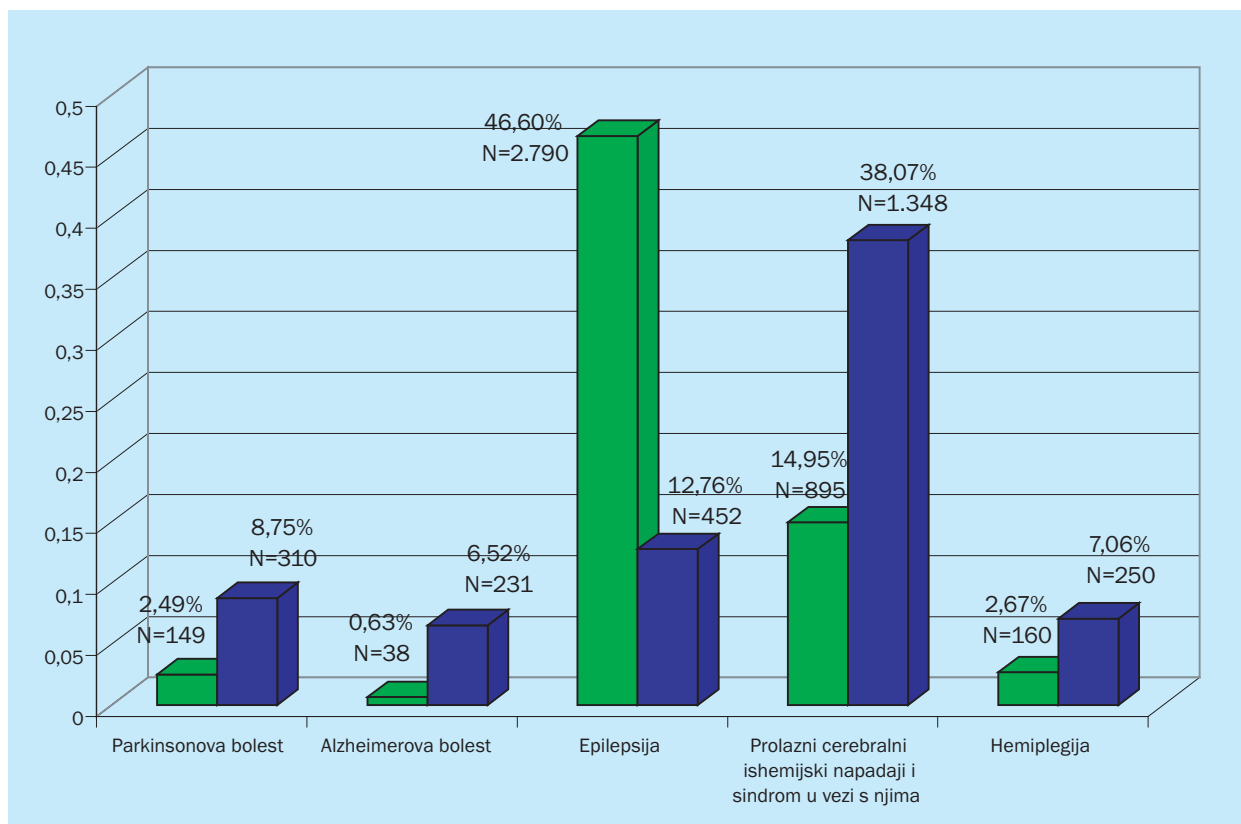
Slika 9. Vodeći uzroci smrti umrlih žena starijih od 65 godina u skupini bolesti živčanog sustava u Hrvatskoj (2003. godina, G00-G98, N=183)

U skrbi za starije osobe s demencijom, osobito važnu ulogu imaju **gerontološki centri** pri domovima za starije i nemoćne osobe jer osiguravaju svakodnevnu pomoć, njegu i rehabilitaciju, ukoliko je za to utvrđena zdravstvena potreba starijima smještenim izvaninstitucijski, dakle u vlastitom prebivalištu. Gerontološki centri osiguravaju dnevni boravak za starije dementne osobe te pružaju mogućnost tjelesne i mentalne aktivnosti (ovisno o bolesnikovim interesima prije pojave demencije – čitanje, umjetnost i sl.), odgovarajuću uravnoteženu pravilnu prehranu, kao i socijalizaciju (2, 3).

Važan aspekt brige o dementnim osobama jest i podrška članovima obitelji, odnosno osobama koje brinu o dementnim bolesnicima. Ovdje mogu pomoći različiti edukativni materijali, ali oni nisu zamjena za slušanje, empatiju, suosjećanje i stručne savjete zdravstvenih profesionalaca.

### Padovi i ozljede u starijih zbog nestabilnosti

Svake godine oko trećina starijih osoba padne. Osim vanjskih uzroka koji mogu dovesti do pada i na koje možemo lakše utjecati, ne smijemo zaboraviti na stanja koja su vezana uz starost i bolest te koja je teže kontrolirati i mijenjati. Na mogućnost pada mogu utjecati i lijekovi koje starija osoba uzima ili alkohol. Uz osjećaj boli, straha



Slika 11. Usporedba vodećih uzroka hospitalizacija osoba do 64 te više od 65 godina u skupini bolesti živčanog sustava (G20-G62) u Hrvatskoj (2003. godina)

■ 0-64 N=5.987  
■ 65+ N=3.541

Izvor: HZZJZ i CZG ZZJZGZ

i nesigurnosti, dio padova dovodi i do fizičkih ozljeda, zdravstvenih komplikacija te prijevremene smrti (9-11, 29).

Epidemiologija ozljeda u starijih osoba značajan je čimbenik u strukturi udjela mortaliteta i uzroka hospitalizacija starijih osoba (29). U starijih osoba epidemiološki su izuzetno naglašene posljedice ozljeđivanja, odnosno komplikacije – od dekubitusa, kontraktura, infekcija, smanjene pokretljivosti pa do smrtnosti uslijed hipostatske pneumonije (30). Ozljede starijih s nastankom navedenih komplikacija dovode do njihove funkcionalne onesposobljenosti s izraženim gerijatrijskim “domino” efektom koji se odražava gerijatrijskim poremećajima: nestabilnošću, nepokretnošću, nesamostalnošću i nekontroliranim mokrenjem (1, 2, 9). Prema gerontološkim analizama u Hrvatskoj (2003. godine), u ukupno hospitaliziranim bolesnicima (N=150) s verificiranom dijagnozom M05 (osteoporoza bez patološkog prijeloma), čak 69,44% jesu osobe starije od 65 godina, kao što je vidljivo iz tablice 4 (31). Od ukupno hospitaliziranih s verificiranom dijagnozom M81 (N=141) (osteoporoza s patološkim prijelomom), 56,03% čine starije osobe. U 2002. godini, starijih osoba hospitaliziranih zbog osteoporoze bez patološkog prijeloma (N=133) bilo je 66,92%, dok je 53,85% od hospitaliziranih radi osteoporoze s patološkim prijelomom (N=130) bilo starije životne dobi.

Gerontološkom analizom odabira uzroka mortaliteta od ozljeda u Hrvatskoj u 2003. godini, dolazimo do podatka kako je u osoba starijih od 65 godina najčešći uzrok smrti (s udjelom od 67,88%) prijelom bedrene kosti (S72), dok je kod osoba mlađih od 65 godina najčešći uzrok smrti (s udjelom od 90,71%) intrakranijalna ozljeda (S06) (slika 12).

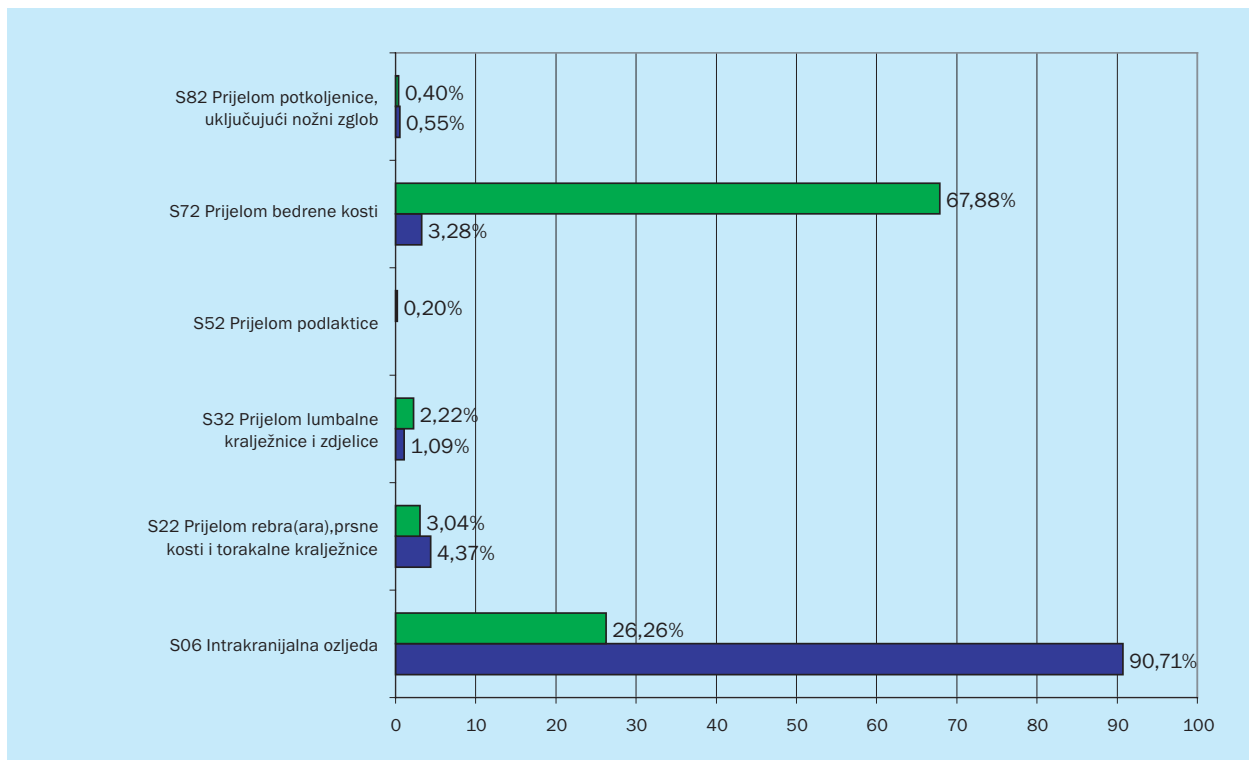
Iz ovih analiza evidentno je kako ozljede čine veliki javnozdravstveni problem starije životne dobi i kako su nužni učinkovitiji preventivni programi koji bi smanjili broj hospitalizacija te smrtnost u starijih, uzrokovanih ozljedama. U rješavanju ovog problema bitan je interdisciplinarni pristup koji bi, osim uobičajenih preventivno zdravstvenih usluga za starije, obuhvaćao i samu životnu okolinu, životne navike starije osobe te kontinuiranu edukaciju o geroprofilaksi. Optimistično je što su ozljede, kao i komplikacije te smrtnost od ozljeda izrazito preventabilne i u velikoj mjeri se u starijoj dobi mogu i moraju izbjeći.

**Svaka starija osoba treba postati svjesna svojih novonastalih ograničenja te ih uzeti u obzir prilikom ponašanja, čime će smanjiti mogućnost pada i nezgode. Ukoliko je funkcionalna sposobnost jako smanjena, starija osoba trebat će pomoć i njegu u kući, kako bi bila sigurnija i zaštićena od mogućeg pada i ozljede.**

Tablica 4. Odabir hospitalizacija starijih osoba po pojedinačnoj dijagnozi mišićno-koštanoga sustava i vezivnog tkiva (M05-M81) u bolnicama Hrvatske u 2003. godini

Dijagnoze (MKB - X.rev. 1995.)	Ukupan broj hospitalizacija	Hospitalizacije 65 +	% 65 + po dijagnozi
M80 osteoporoza bez patološkog prijeloma	216	150	69,44
M81 osteoporoza s patološkim prijelomom	141	79	56,03
M16 koksartroza	3.213	1.705	53,07
M17 gonartroza	1.853	869	46,90
M05 seropozitivni reumatoidni artritis	1.067	430	40,30
M54 bol u leđima	3.631	920	25,34

Izvor: HZZJZ i CZG ZZJZGZ



Slika 12. Odabir strukture mortaliteta starijih osoba od ozljeda u Hrvatskoj u 2003. godini (S06-S82)

■ 65+ N=495  
■ 0-64 N=183

Izvor: HZZJZ i CZG ZZJZGZ

## Zaključak

Gerontološki javnozdravstveni pokazatelji mortaliteta, morbiditeta i gerijatrijske zdravstvene potrošnje ukazuju **nedvojbeno o potrebi nužne primjene Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (32). Program prevencije provodi se i u okviru djelatnosti gerontoloških centara u lokalnoj zajednici, gdje stariji ljudi žive putem integralnoga gerontološkoga individualnog pristupa u zaštiti zdravlja hrvatskoga staračkoga pučanstva.**

Navedena sveobuhvatna gerontološka analiza opetovano ukazuje i na potrebu redovite i sustavne primjene gerontološkog javnozdravstvenog utvrđivanja, praćenja, proučavanja, evaluacije i izvješćivanja o zdravstvenim potrebama starijih ljudi, kao i evaluacije provedbe Programa zdravstvenih mjera i postupaka te evaluacije primjene Programa osnovnih preventivnih mjera za ciljane dobne skupine starijih i interesne dobne skupine od 50 godina. Navedenim definiranim gerontološkim javnozdravstvenim pristupom moguća je pravilna procjena udjela interdisciplinarnе djelatnosti u uklanjanju zajedničkih

i pojedinačnih zdravstvenih problema u zaštiti zdravlja starijih ljudi, a poglavito u gerijatrijskoj i gerontološkoj zdravstvenoj potrošnji. Ovo je ujedno dobar indikator dostignuća u zaštiti zdravlja starijih ljudi, ali i u zaštiti zdravlja cjelokupnoga hrvatskog pučanstva.

Jednako tako, nužna je provedba trajne edukacije iz gerontologije i gerijatrije liječnika obiteljske/opće medicine, kao i drugih stručnjaka koji se bave zaštitom zdravlja starijih ljudi, o preventivnim zdravstvenim mjerama, farmakoterapiji i palijativnoj gerijatrijskoj skrbi.

## Literatura

1. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D i sur. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku (2002./2003. godina). U: Tomek-Roksandić S, Čulig J. ur. Zagreb. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba. 2004.
2. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D i sur. Gerontološki centri. 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude (II. dopunjeno izdanje). U: Tomek-Roksandić, S. Fortuna, V. Zagreb. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba. 2004.
3. PERKO G, TOMEK-ROKSANDIĆ S, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H. Public health importance of the noninstitutional forms of care for older people in Gerontology centers. *European Journal of Public Health*. 2005; 15 Suppl. 1: S179.
4. TOMEK-ROKSANDIĆ S, GORAN P, MIHOK D i sur. Gerontološki centri izvaninstitucijska skrb za starije osobe – šansa razvoja hrvatskoga gospodarstva u 2006. godini. U: Veselica, V. ur. Ekonomska politika Hrvatske u 2006. godini. Opatija. Inženjerski biro. 2005. str. 574-95.
5. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, LAMER V i sur. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji o zdravstvenim potrebama starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J. ur. Gerontološki zdravstveno-statistički ljetopis za Hrvatsku (2001./2002. godina; I. i II. dopunjeno izdanje). Zagreb. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba. 2003.
6. WHO. Active aging. A policy framework. Noncommunicable diseases prevention and health promotion. Aging and life course. Who. Geneva. 2003.
7. United Nations. World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations Publication. New York. 2002.
8. TOMEK-ROKSANDIĆ S. Javnozdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Budak A. ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi. 1999. Zagreb. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske. 1999. str. 1-19.
9. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, PULJAK A, RADAŠEVIĆ H, LJUBIČIĆ M. Nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje. "4 N" u gerijatriji. *Medix* br. 58. Zagreb. 2005: 108-13.
10. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, LAMER V, RADAŠEVIĆ H, ČULIG J, TOMIĆ B. Morbiditet i mortalitet starijih ljudi u odnosu na pojavnost osteoporoze u Zagrebu i Hrvatskoj (2001. godina). U: Vukičević S. Koršić M. ur. Zbornik sažetaka - 2. hrvatski kongres o osteoporozi s međunarodnim sudjelovanjem. Rovinj. Hrvatsko društvo za osteoporoze. 2003. str. 17.
11. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, RADAŠEVIĆ H, ŠKES M, VORKO-JOVIĆ A. Živjeti zdravo aktivno produktivno starenje - 4. knjižica uputa za očuvanje funkcionalne sposobnosti u dubokoj starosti. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J. ur. Zagreb. CZG ZJZGZ. 2005. str. 3-31.
12. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, PULJAK A i sur. Zdravstvene potrebe i funkcionalna sposobnost hrvatskoga staračkog pučanstva. U: Petric D, Rumboldt M. ur. Zbornik – XI. kongres obiteljske medicine. Split. Hrvatska udružba obiteljske medicine. 2004. str. 117-35.
13. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D i sur. Primarna zdravstvena zaštita za starije ljude - prioritet unapređenja (reforme) hrvatskoga zdravstva. U: Mazzi B. ur. Zbornik – O učincima reforme zdravstva i novog Zakona o z.z. na organizaciju P.Z.Z. i statusa obiteljskog doktora. Treći Kongres H.D.O.D.-H.L.Z. Rovinj. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 2003. str. 125-44.
14. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, RADAŠEVIĆ H, ČULIG J. Risikofaktoren des ungesunden Alterns. *Acta Medica Austriaca* 2003. Springer Wien New York; 30 (Suppl.1): 8-9.
15. DURAKOVIĆ, Z i sur. *Medicina starije dobi*. Zagreb: Naprijed. 1990.
16. CRANDALL R. C. Gerontology - a behavioral science approach: Biology and Physiology (2. izdanje). New York. McGraw-Hill, Inc.; 1991. str. 123-56.
17. BEERS M.H, BERKOW R. The Merck Manual of Geriatrics: Delirium and Dementia (3. izdanje). West Point. Merck Research Laboratories. 2000. str. 343-71.
18. CRANDALL R.C. Gerontology - a behavioral science approach: Psychological aspects (2. izdanje). New York: McGraw-Hill, Inc.; 1991. str. 250-93.
19. GARY J.K. Geriatric Mental Health Care. The Guilford press. 2000. str. 318-32.

20. BEERS MH, BERKOW R. The Merck Manual of Geriatrics: Falls, fractures and injury (3. izdanje). West Point. Merck Research Laboratories. 2000. str. 173-230.
21. BEERS MH, BERKOW R. The Merck Manual of Geriatrics: Kidney and urinary tract disorders (3. izdanje). West Point. Merck Research Laboratories. 2000. str. 951-87.
22. WETTSTEIN A, CONZELMANN M, HEIß HW. Chekliste Geriatrie (2. izdanje). Stuttgart. Thieme. 2002.
23. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, RADAŠEVIĆ H, MIHOK D, ČULIG J. The Program of preventive health measures for the elderly in Primary, secondary and tertiary health care. 44. Österreichischer Geriatriekongres mit internationaler Beteiligung. Bad Hofgastein. 20-24. Marz. 2004. Wien. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2004; 154: 54.
24. BEERS MH, BERKOW R. The Merck Manual of Geriatrics: Prevention of disease and disability (3. izdanje). West Point. Merck Research Laboratories. 2000. str. 3-75.
25. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, ČULIG J, OSTOJIĆ R, BUDAK A, ŠTRBAN-ŠTOK Z. Program nomenklature zdravstvenih mjera i postupaka, okvirnog normativa i standarda tima doktora opće medicine u domu za starije i nemoćne ljude. Medix. 2001; 37/38: 95-9.
26. WETTSTEIN A, CONZELMANN M, HEIß HW. Urologische Probleme. U: Wettstein A, Conzelmann M, Heiß H.W. ur. Chekliste Geriatrie (2. izdanje). Stuttgart. Thieme. 2002. str. 388-98.
27. BEERS M.H, BERKOW R. Genitourinary disorders. U: Beers M.H, Berkow R, ur. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (3. izdanje). West Point. Merck Research Laboratories. 1999.
28. TOMEK-ROKSANDIĆ S, PERKO G, MIHOK D, PULJAK, A. RADAŠEVIĆ, H. TOMIĆ, B. Mortalitet i morbiditet gerijatrijskih bolesnika od neuroloških bolesti. U: Zbornik radova XII. kongresa obiteljske medicine. Zadar. 2005: 41-60.
29. VORKO-JOVIĆ A, RUDAN I. Nesreće U: Vorko-Jović A. ur. Priručnik za seminare i vježbe iz epidemiologije. Zagreb: Medicinska naklada - Zagreb. 2002: 19-39.
30. TROMP AM, OOMS ME, POPP-SNIJDERS C, ROSS JC, LIPS P. Predictors of fractures in elderly women. Osteoporosis. Int. 2000; 11: 134-40.
31. PULJAK, A. PERKO, G. MIHOK, D. i sur Epidemiologija ozljeda u starijih osoba u Hrvatskoj 2003. godine. Zbornik – II. hrvatski epidemiološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Rovinj. 2005: 73.
32. TOMEK-ROKSANDIĆ, S. PERKO, G. MIHOK, D i sur. Role of the Registry of health care requirements of the elderly in the Croatian elderly population health control and improvement. Journal für menopause. 2005; 31-2.



cilazapril 5 mg + hidroklorotiazid 12,5 mg



**Dodatna snaga u  
terapiji hipertenzije**



- visoka učinkovitost i odlična podnošljivost
- pouzdana 24-satna kontrola krvnog tlaka
- doziranje jedanput dnevno
- djelotvornost u oko 90% bolesnika
- vazoprotektivni učinak

**PLIVA**  **kardio**

 **PLIVA**

11-05-CP-01-NO/046-05/01-07